Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Marburg.
(Direktor: Prof. Dr. Läwen.)

Die Aktinomykose

an der Marburger Chir. Univ.-Klinik
während der letzten zehn Jahre unter besonderer Berücksichtigung eines selbst beobachteten Falles von Wangenaktinomykose an der Mündung des ductus Stenonianus.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Bernhard Rasche
approbierter Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1921.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
am 3. Februar 1921.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Prof. Läwen.

In der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik kamen vom Jahre 1910 bis 1920 einschließlich insgesamt 20 Fälle von Aktinomykose zur Aufnahme. Von diesen 20 Fällen waren 17, das sind 85% am Kopf und Hals lokalisiert. 2mal, das sind 10%, war der Thorax befallen und in einem Fall, das sind 5% hatten wir eine Abdominalaktinomykose zu verzeichnen.

Bei der Kopf- und Halsaktinomykose war der Sitz der Erkrankung 6mal die Wange allein, einmal Wange und Unterkiefer, zweimal die Unterkieferregion, einmal Unterkiefer und Hals, 5mal der Hals allein, einmal Wange, Schläfe und Unterkiefergegend, einmal die Zunge.

Kariöse Zähne fanden wir bei 5 unserer Patienten.

Besonders typisch war der letzte unserer Fälle, wo der Erkrankungsherd in der Mitte der Wange an der Mündung des Ductus Stenonianus gelegen war. Doch war in unserem Falle die Infektion nicht vom Ductus aus erfolgt, wie es sonst häufig bei den zentral gelegenen Fällen der Wangenaktinomykose der Fall ist, vielmehr zeigte der charakteristische, infiltrierte Strang, der vom Unterkiefer zur Wange verlief, den Weg an, den die Infektion genommen hat.

Die Hauptsymptome der Erkrankung waren die ziemlich derbe Infiltration, die sich gegen die Umgebung scharf abgrenzte, eine bläulich-rote Verfärbung der Haut, später die Fistel mit spärlicher Eitersekretion. Als Begleitsymptom fand sich noch die Kieferklemme, die jedoch nur kurze Zeit anhielt. Der Verdacht auf Aktinomykose bestätigte sich durch die mikroskopische Untersuchung. Lediglich

zu diesem Zwecke wurde eine kleine Probeincision gemacht, sonst wurde grundsätzlich von jeder chirurgischen Maßnahme abgesehen im Gegensatz zu den früheren Fällen, die fast alle chirurgisch, zum Teil dann mit nachfolgender Röntgenbestrahlung behandelt waren. Unser letzter Fall zeigte uns aber, daß auch ohne operative Eingriffe, lediglich durch Bestrahlung, die durch interne Jodkalidarreichung unterstützt wurde, derselbe Erfolg zu erzielen war, wie in den früher operativ behandelten Fällen; ja vom kosmetischen Standpunkte aus betrachtet war unser Erfolg noch weit besser, da keinerlei Narben oder Verwachsungen zurückgeblieben sind. Auch die übrigen Fälle der Kopf- und Halsaktinomykose, die meist operativ mit nachfolgender Bestrahlung behandelt wurden, weisen gute Resultate auf. Ungünstig verliefen lediglich die beiden Fälle von Thoraxaktinomykose. Unser Fall von Bauchaktinomykose, die sonst ebenfalls eine schlechte Prognose hat, wurde mit gutem Erfolge operiert. Auch bei diesen beiden Formen der Aktinomykose wird die Röntgentherapie bzw. die Kombination mit operativen Eingriffen wesentlich dazu beitragen, die Prognose, die bisher fast immer infaust war, zu einer günstigeren zu gestalten.